

## DOSSIER MEDICAL

Nom :

Prénom :

Age :

Séjour du :

au :

Certificat médical :

Je soussigné, Docteur

certifie que Mme, M.

né (e) le

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

ne présente aucun danger de contagion et est médicalement apte à la vie collective et à la pratique des activités suivantes :

Ski alpin

Voile

Plongée

VTT

Escalade

Randonnée

(Cocher chaque activité concernée)

Fait à

le

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Signature et cachet (obligatoire) du médecin consulté pour validation:

Fiche sanitaire de liaison :

Maladies déjà contractées (faites une croix dans la ou les cases correspondantes) :

- |                                      |                                     |                                   |                                    |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Typhoïde    | <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Otite    | <input type="checkbox"/> Oreillons |
| <input type="checkbox"/> Rhumatismes | <input type="checkbox"/> Asthme     | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Rubéole   |
| <input type="checkbox"/> Coqueluche  | <input type="checkbox"/> Varicelle  | <input type="checkbox"/> Angine   |                                    |

Autres maladies :

Allergies :

Dates des vaccinations ou injections subies (joindre photocopies)

BCG

IDR

positive

négative

Date du virage :

--	--	--

Diphtérie, Tétanos, Polio, Coqueluche :

Sérums :

Contre-indications :

Si des contre-indications médicales existent éventuellement les parents doivent demander à leur médecin traitant de les indiquer sur le certificat médical

L'enfant suit-il actuellement un traitement ?

oui

non

Si oui, lequel

dans ce cas n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

Consignes particulières :

Fait à

le

--	--	--

Signature et cachet (obligatoire) du médecin consulté pour validation: